WU 60
33 H 83

Lane Medical Library

Ein Fall von Cancroid der Lidhaut auf dem Boden eines subkutanen Fibroms.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Augenlidtumoren.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 11. Dezember 1908

NEBST DEN BEIGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Carl Becker

Approbierter Arzt aus Irxleben (Pr. Sachsen).
Unterarzt b. Feldartill.-Reg. „Prinz Regent Luitpold von Bayern“,
Magdeburgisches Nr. 4.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Kobelt.
Herr cand. med. Becker.
Herr cand. med. Holzhausen.

Berlin.
Druck von Emil Ebering
Mittelstrasse 29.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. v. Michel.

Dem Andenken meiner Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/einfallvoncancro0000carl

Entsprechend ihrem komplizierten, anatomisch-histologischen Bau bildet die Lidhaut des Auges den Mutterboden für eine grosse Anzahl der verschiedensten und mannigfaltigsten, gutartigen und bösartigen Geschwulstformen. Unter den letzteren sind es die Carcinome und Sarkome, welche eine grosse praktische Bedeutung wegen ihres häufig schnellen, destruktiven Wachstums und ihrer Tendenz, Metastasen zu bilden, beanspruchen. Die Carcinome, welche an den Lidern vorkommen, sind in der Regel Epitheliome, welche von der Haut des Lides (namentlich des Lidrandes) ausgehen. Sie greifen später auf den Bulbus über und dringen in die Tiefe der Orbita ein. Die Sarkome entwickeln sich aus dem bindegewebigen Anteil der Cutis, sie sind häufig pigmentiert (Melanosarkome). Ungeheuer variabel sind die benignen Geschwulstformen, die an der Lidhaut beschrieben worden sind. Man hat als seltenere Vorkommnisse Lymphome, Neurofibrome, Euchondrome, Myxome, Lipome, cavernöse Lymphangiome, Adenome der Meimbomschen, Krauseschen, Mollschen und der Schweissdrüsen beobachtet; häufiger beschrieben sind Fälle von Warzen und Hauthörnern als gelegentlich vorkommende pathologische Anhangsgebilde der Lider. Eine besondere Stellung unter den Bindegewebsgeschwülsten der Lidhaut verdienen die Fibrome. Sie sind seltene Geschwülste und zeigen bald eine mehr lockere weiche, bald eine mehr derbe Beschaffenheit (sog. Desmoide),

wobei auch Uebergänge beider Formen vorkommen können; sie entstehen kutan und subkutan.

Das kutane Fibrom erscheint als ein scharf abgegrenzter, harter, rundlicher Knoten von verschiedener Grösse und verrät seine Gegenwart einzig und allein durch eine äusserlich sichtbar umschriebene Anschwellung. Am häufigsten zeigt sich das kutane Fibrom als eine mit einem langen, dünnen Stiel versehene, pendelnde Geschwulst, die mit einer kleinen, lose hängenden Beere oder einem an einem Faden aufgehängten Beutelchen zu vergleichen ist und durchschnittlich die Grösse einer Erbse erreicht. Mehrere solche Gebilde können an den verschiedensten Stellen der Lidhaut zugleich vorkommen und v. Michel beobachtete einen Fall, wo vier pendelnde Geschwülste am Oberlid in der Nähe der äusseren Lidkante sich fanden.

Das subkutane Fibrom der Lider ist gewöhnlich durch eine besondere Derbheit ausgezeichnet und kann die Grösse einer „Haselnuss“ und darüber erreichen. Die Haut ist über der Geschwulst verschieblich. Bei Betastung erscheint die Oberfläche glatt und man hat den Eindruck, als ob die Geschwulst von einer Kapsel umgeben wäre. Sie besitzen die Neigung nicht bloss der Breite nach, sondern auch der Länge nach zu wachsen und es kann alsdann zu einer mit breiter Basis aufsitzenden penisähnlichen Geschwulst kommen. Diese echten, subkutanen Fibrome der Lidhaut gehören zu den seltensten Erscheinungen. Es ist v. Michels Verdienst, diesen Geschwülsten ihren richtigen Platz angewiesen und eine kritische Sichtung der Tumoren vorgenommen zu haben, die sämtlich irrtümlich in der Literatur als Fibrome beschrieben worden sind; der grösste Teil der

Fibrome, die bisher an den Augenlidern beobachtet wurden, sind Neurofibrome gewesen oder es waren, wie v. Michel hervorhebt, Verwechslungen des Fibroms mit einem chronischen Gummi und mit einem geheilten, verkalkten, tuberkulösen Knoten.

Im Verlaufe kann die Spitze eines Fibroms carcinomatös erkranken und an einer exkoriierten Stelle kann es zu einem Infekt mit Abszessbildung in den oberflächlichen Schichten kommen oder es kann ein langbestehendes Fibrom verkalken oder teilweise verknöchern; für beide Möglichkeiten finden sich Beläge in der Literatur; dass sich auf dem Boden eines Fibroms ein Carcinom entwickeln kann, muss geradezu als ein Unikum bezeichnet werden, denn soweit ich die Literatur kenne, ist der bereits v. Michel in Gräfe-Sämisch „Krankheiten der Lider" beschriebene und abgebildete Fall von subkutanem Fibrom der Lidhaut mit carcinomatös erkrankter Spitze der bisher einzig beobachtete Fall und selbst an der sehr besuchten Königl. Universitäts-Augenklinik ist noch nie derartiges bisher beobachtet worden. Um so mehr fühlte ich mich verpflichtet, diesen Fall, der mir von Herrn Geheimrat v. Michel freundlichst überlassen wurde, zu beschreiben.

Bevor ich auf die Einzelheiten meines Falles näher eingehe, möchte ich zunächst einen Ueberblick über die Fibromliteratur, die deutsche sowohl wie die des Auslandes bringen. Wie ich bereits zu Anfang hervorhob, sind die Mitteilungen über Fälle von Fibrombildung an der Lidhaut, soweit es sich um die echten kutanen oder subkutanen Fibrome handelt, sehr gering.

A. v. Gräfe beschreibt 1863 in den „klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde“ unter dem Titel „Tumor im submukösen Gewebe der Lidbindehaut von eigentümlicher Beschaffenheit“ folgenden Fall: „Im Sommersemester 1861 stellte sich mir ein Mädchen vor mit einer, sich schon durch den Liddeckel nach aussen verratenden Geschwulst im Konjunktivalsack. Beim Umschlagen des Augenlides stülpte sich diese Geschwulst aus der oberen Uebergangsfalte, nicht weit vom äusseren Augenwinkel, in einer umschriebenen, rundlich ovalen Gestalt, von der Grösse einer halben Haselnuss hervor. Sie war fast knorpelhart anzufühlen, von glatter Konjunktiva bedeckt und wurzelte mit einem etwas dünneren Halsteil in dem submukösen Bindegewebe. Lästige Empfindungen in Form eines permanenten Drückens waren erst in den letzten Jahren aufgetaucht, dagegen hatte Patientin die Existenz einer kleinen Anschwellung an der betreffenden Stelle schon seit unbestimmter Zeit beim Anfühlen des geschlossenen Auges bemerkt. Der Tumor ward mit einer Pinzette hervorgezogen und auf sehr einfache Weise aus dem submukösen Bindegewebe exzidiert. Die Untersuchung, von Herrn Dr. Schweigger ausgeführt, erwies unter einem normalen Konjunktival-Ueberzuge ein sehr verdichtetes Bindegewebe und dann einen fast 3 mm im längsten Diameter messenden, seiner Form nach etwas an einen Schneidezahn erinnernden Kern von wahrem Knochen.“ Zu dieser Publikation A. v. Gräfes möchte ich auf Grund der histologischen Untersuchung, die ein sehr verdichtetes Bindegewebe ergab, mit Goldzieher, welcher derselben Anschauung ist, annehmen, dass es sich um ein echtes Fibrom handelte.

Nunmehr gehe ich zu dem Fall Gallengas über, den derselbe im Jahre 1888 auf dem italienischen ophthalmologischen Kongress in Neapel vortrug. Bei der Ausführlichkeit dieses immerhin einzig in der Literatur dastehenden Falles würde es mich doch zu weit führen, falls ich Gallengas Vortrag wörtlich zitieren würde, ich beschränke mich daher auf die wichtigsten Punkte dieses sowohl seiner äusseren Gestaltung nach wie seiner mikroskopischen Struktur nach, soweit ich die Literatur kenne, einzig dastehenden und für die Beurteilung der echten an den Lidern vorkommenden Fibrome wichtigen Falles. Gallenga beschreibt den Tumor unter: Fibroma sclerosante della palpebra superiore sinistra con infiltrazione calcarea e placche osteomatose; er führt zunächst aus, dass die entschieden häufigsten Geschwulstformen an der Lidhaut, die Carcinome, seien, welche teils ihren Ursprung aus dem Stratum Malpighi der Epidermis teils aus dem Epithel der Lidranddrüsen nehmen; seltener seien die von dem Bindegewebskörper der Haut ausgehenden Geschwülste, die Sarkome und die noch selteneren Melanosarkome; selten beobachtet ferner die Neurofibrome und Mollusca contagiosa, wobei der Autor auf die ausführliche, alles bisher hierüber publizierte, kritisch sichtende Zusammenfassung von v. Michel in dem Gräfe-Sämischschen Handbuch hinweist. Sodann kommt er auf die Fibrome und hebt hervor, dass, während die Sarkome und ihre abweichenden Formen genügend beschrieben worden seien, diese wirklich primären Fibrome weder in den Handbüchern der Augenheilkunde noch in Abhandlungen zu finden seien. Wecker erwähne zwar einige klinische Kennzeichen und sei der Ansicht, dass die mikroskopische Unter-

suchung über die Natur des Leidens genügend Aufschluss gebe; Gallenga erwähnt nun den bereits von mir angeführten von v. Gräfe 1863 als Fibrom beschriebenen Fall von Tumor in der Haut des linken Oberlides, er glaubt, dass diese Geschwulst sicher eine von den wenigen echten Fibromen war. Sodann glaubt er hierher eine Beobachtung, von Dr. Tetra in den occulistischen Annalen 1854 beschrieben, rechnen zu müssen. Es handelte sich um einen bei einer 40 jährigen Mästicen seit 20 Jahren bestehenden Tumor, welcher sich nach einer Kontusion des oberen Augenlides nach aussen hin entwickelt hatte, und welcher in den ersten $1^1/_2$ Jahren rapid gewachsen war, so dass er das Oberlid nach unten zog und die Sehfähigkeit vollständig verhinderte; Gallenga glaubt bei der täuschenden Aehnlichkeit, welche dieser Fall, was die Abbildung anbetreffe, mit dem seinigen habe, sich berechtigt, denselben dem seinigen zurechnen zu können.

Der von Carron de Villars beobachtete und von Gallenga zitierte Fall hatte eine zirkumskripte Form, wie sich auch später bei der operativen Entfernung feststellte, ein Kennzeichen dafür, dass es sich nicht um eine Elephantiasis handelte, da bei dieser die Neubildung eine meist diffuse und allmählich in die Umgebung übergehende Form zeige. Gallenga meint, wenn man gründlich in der Literatur forschen würde, könnte man wohl einige dem seinigen analoge Fälle finden, immerhin sei es ihm trotz aller Bemühungen nicht gelungen, solche aufzufinden; er halte es daher für nützlich, das Resultat seiner genauen Untersuchungen über diesen Fall mitzuteilen. Es handelte sich um ein junges Mädchen von 19 Jahren, von normal ent-

entwickeltem Körperbau. Anamnestisch liess sich nur feststellen, dass einem Bruder der Patientin in Genua ein Tumor auf der rechten Seite des Unterkiefers operativ entfernt wurde, worüber jedoch Patientin keine näheren Angaben machen konnte. — Vor drei Jahren bemerkte Patientin, dass sich ohne nachweisbare Ursache ein derber Knoten unter der Cutis des linken Oberlides nach innen zu entwickelte; dieser Knoten wuchs auffallend schnell, so dass er im Verlauf eines Jahres die jetzige Grösse erreichte und seitdem im Wachstum stationär blieb. Status praesens: Das linke Oberlid befindet sich in vollständiger Ptosis und bedeckt mit seinem unteren Rande nicht nur das ganze untere Augenlid, sondern auch einen kleinen Teil der Wange. Unmittelbar unter der Cutis bemerkt man einen ganz harten Körper, auf welchem die Lidhaut fast in ihrer ganzen Ausdehnung verschieblich ist; dieser Körper hat eine Diskusform und seine Grössenverhältnisse entsprechen etwa denen einer Murmel. Seine Oberfläche erscheint glatt, seine Konsistenz ist ziemlich derb, jedoch nicht in allen Teilen gleichmässig. Hebt man das Augenlid in toto, so kommt der normale Bulbus zum Vorschein. Die Conjunctiva bulbi ist stark gerötet und die Bindehaut des oberen Formix ist nach abwärts in den Konjunktivalsack vorgebuchtet; es besteht ein leichter Konjunktivalkatarrh mit vermehrter Tränenflüssigkeit-Abscheidung. Der innere Rand des Tumors ist mit der Lidhaut verwachsen und es scheint, als ob der obere Rand zurücktrete und sich nach oben hin erheblich verjünge. Am 2. Juli 1888 wurde nun der Tumor auf Wunsch der Patientin operativ entfernt. — Gallenga führt nunmehr im einzelnen die Schnittrichtungen an und die Operationstechnik, um in möglichst schonender Weise

die Geschwulst aus ihrer Umgebung radikal herauszuschälen. Ich übergehe diesen Punkt, da er mich zu weit führen würde und für das histologische Verständnis des Tumors ohne Bedeutung ist. Die exstirpierte Geschwulst zeigte eine unregelmässig scheibenförmige Gestalt, mit grösstem senkrechten Durchmesser in der Mitte, nach den Rändern zu an Stärke abnehmend, welche glatt und abgerundet sind mit Ausnahme des äusseren Randes, der dünner ist. Sein Gewicht beträgt 13,5 g, die Grössenverhältnisse sind: Höhe 3,5, Breite 3,25, Dicke im Zentrum 1,1, nasaler Rand 1,4, temporaler Rand 0,8. Beim Halbieren des Tumors mit dem Rasiermesser zwecks histologischer Untersuchung hört man deutliches Knirschen, man erkennt auf der Schnittfläche deutlich verkalkte Partien. Die Untersuchung der entkalkten, in Müllerscher Flüssigkeit gehärteten, in Paraffin eingebetteten, mit dem Mikrotom angefertigten Schnitte, welche mit Picrocarmin oder Alauncarmin oder Safranin und Haematoxylin gefärbt waren, ergab folgenden Befund: das Neoplasma besteht in seinem oberen Teil fast ausschliesslich aus einem derben, fibrillären Bindegewebe, das teilweise einen hyalinen Charakter trägt und in dem nur wenige Bindegewebskörperchen zu sehen sind, die gerundete Kerne erkennen lassen; die Anhäufung von Bindegewebskörperchen findet sich besonders um die Gefässe herum, welche in geringer Anzahl die Masse des Tumors durchziehen. In den Schnitten erkennt man ferner teils amorphe, teils granulierte Massen, die in diffuser Weise die Färbung mit Carmin annehmen und die alle Kennzeichen von Verkalkung tragen; es ist nicht möglich in diesen Massen irgendeine Struktur zu erkennen und man kann den Gedanken ausschliessen,

dass es sich hier um einen Prozess einer wahren Verknöcherung handelt. Bei Behandlung der Schnitte mit Schwefelsäure sieht man an diesen Punkten eine starke Entwicklung von Kohlensäureblasen und eine darauffolgende Bildung von reichlich prismatischen Kristallen von schwefelsaurem Kalk, die enganeinander liegen; sie sind unregelmässig zerstreut und von verschiedener Grösse und sowohl auf der vorderen wie hinteren Fläche des Tumors. In den, wie bereits erwähnt, in der Richtung von vorn nach hinten durch die Geschwulst gelegten Schnitten sieht man noch diejenigen Teile des Lides erhalten, welche vor dem Tarsus liegen, so dass man die Fascia Riolani und die Scheiden der Wimperwurzeln erkennen kann. Diese Wurzeln haben jedoch an einigen Stellen bereits einen atrophischen Prozess durchgemacht, und zwar infolge des von einigen Knoten des Tumors auf sie ausgeübten Druckes; diese Knoten hatten sich entsprechend der hinteren Tarsusfläche entwickelt und übten einen Druck auf die Meibomschen Drüsen, besonders in der Nähe ihrer Ausführungsgänge aus, es kam daher auch hier zur Atrophie der Drüsen. Gleich hinter den Meibomschen Drüsen ist der Tarsus von dem Prozess der Neubildung ergriffen und man bemerkt noch, dass der ein im ganzen konzentrisches Gebilde darstellende Tumor an dieser Stelle für eine kurze Strecke eine gelappte Form annimmt, welche sich zu zweien und dreien an den mittleren Teil der Meibomschen Drüsen anlegen; um diese Lappen herum bildet das Bindegewebe kapselähnliche Züge. An dem vorderen, dem Tarsus entsprechenden Teil des Tumors ist das Bindegewebe relativ reich an ausgewanderten Rundzellen, was mit dem Mangel an zelligen Elementen in den übrigen Partien in auffallendem

Gegensatz steht. In den hinteren oberen Teilen des Tumors findet sich eine in horizontaler Richtung verlaufende Verknöcherungszone, welche von einer Zone von kalkigen Niederschlägen umgeben ist; um diese Partie herum spannt sich ein breites, zum Teil hyalin degeneriertes Netz von Bindegewebe, welches arm an Bindegewebszellen ist. In der Verknöcherungszone sieht man in einer homogenen Grundsubstanz ein unregelmässig verteiltes System zarter Bälkchen von osteoidem Aussehen, welche jedoch keinen manifest lamellösen Bau zeigen; sie enthalten Zellen, die den Knochenzellen vollkommen ähnlich sind. In den von Knochenbälkchen freigelassenen Interstitien liegt ein dichtes Netz von Bindegewebsfasern und kleinen, zartwandigen Gefässen. Die Ränder dieser kleinen osteoiden Trabekel weisen nicht die Bekleidung mit Osteoblasten auf, die man sonst um neugebildete Trabekel herum findet; diese Ränder sind dagegen unregelmässig abgeschnitten und von den vorher erwähnten bindegewebigen Elementen umgeben; man sieht weder Riesenzellen noch Gefässbildung. Sowohl in der Mitte des Tumors, wie in seinen seitlichen Partien finden sich dem vorher beschriebenen osteoiden Teil derselben ähnliche nur in Form und Ausdehnung abweichende Bildungen; man hat den Eindruck, dass es sich um eine wirkliche Knochenbildung handelt, während im übrigen die Grundsubstanz der Neubildung einen ausgesprochen faserigen Bau zeigt.

Die im allgemeinen ziemlich spärlich den Tumor durchziehenden Gefässe lassen im Durchschnitt in ihrer Wand einen sklerotischen Prozess erkennen und besonders finden sich bei den Arterien im Durchschnitt nur wenige noch färbbare Kerne der Media. An dem oberen Rande des Tumors,

wo sich derselbe mit der orbitalen Fascie verbindet, die bei der Operation durchschnitten ist, ferner an der vorderen Fläche, wo er mit den Muskelfasern des M. orbicularis in Verbindung steht, und entsprechend dem vorderen noch erhaltenen Teile des Tarsus finden sich kleine unregelmässig gestaltete Fettläppchen, die von einigen sklerosierten Gefässen durchzogen werden. Dies sind die hauptsächlichsten Befunde der mikroskopischen Untersuchung des Tumors und berechtigen vollauf die ihm gegebene Bezeichnung als hartes Fibrom mit Kalk- und Knocheninfiltration, obwohl die grosse Ausdehnung der Neubildung eine präzise mikroskopische Durchmusterung erschwerte, zumal wenn man ihre Beziehungen zur Bindehaut, zur Cutis und Orbita betrachtet und auch die Anlage des Tumors in der Nähe der Wimperreihe berücksichtigt. Immerhin erscheint die Meinung als berechtigt, dass sich der Tumor aus dem hinteren Teile desselben, sowie aus dem orbitalen Zellgewebe entwickelt hat; nach oben hin begrenzt ihn die obere knöcherne Orbitalplatte, ohne dass jedoch der Tumor den Orbitalrand erreicht, es bleibt derselbe streng zirkumskript nur auf das Lid beschränkt und unterscheidet sich dadurch von den von der Orbita ausgehenden Osteofibromen, von denen zahlreiche Beobachtungen in der Literatur existieren. Durch seine Lokalisation am oberen Augenlid sowohl als durch die teilweise knöcherne Metamorphose des Bindegewebes hat dieser Fall Gallengas viel Aehnlichkeit mit dem bereits früher erwähnten v. Gräfeschen Fall von Fibrom des Augenlides, wenn auch in letzterem Falle der Tumor eine bedeutend beträchtlichere Ausdehnung angenommen hatte.

Diesem Fall der italienischen Literatur möchte ich nun

den meinigen, mir freundlichst von Herrn Geheimrat v. Michel, zwecks ausführlicher Publikation, überlassenen Fall folgen lassen.

Erst zum Schluss sei es mir gestattet, sowohl über diesen Fall, der einzig in der Literatur der Lidgeschwülste dasteht, wie über die übrigen, allerdings nur spärlichen Mitteilungen einige epikritische Bemerkungen zu machen.

Im Februar 1907 suchte Frau M., Bauersfrau, 65 Jahre alt, die v. Michelsche Augenpoliklinik auf, um sich auf Anraten des sie vordem behandelnden Arztes einen an dem Unterlide des rechten Auges entsprechend dem unteren Orbitalrande befindlichen Tumor operativ entfernen zu lassen. Anamnestisch liess sich über die Entstehung der Geschwulst, die sich, wie man schon bei der äusseren Betrachtung und Palpation vermuten konnte, mikroskopisch als ein Fibrom mit krebsiger Umwandlung der Spitze erwies, folgendes feststellen: Patientin will mit wenigen unbedeutenden Ausnahmen immer gesund gewesen sein. Sie litt nach ihren Angaben nie an entzündlichen Hauterkrankungen oder sonstigen Anomalien in der Pigmentierung oder Behaarung der Haut, auch finden sich an den Hautdecken nirgends hypertrophische Wucherungen epithelialer oder bindegewebiger Natur. — Etwa im 30. Lebensjahr der Patientin entwickelte sich entsprechend dem unteren Orbitalrande in der Haut des Unterlides ohne äussere Veranlassung ein etwa erbsengrosser, konisch zugespitzter Tumor von derber Konsistenz und schmutzigbrauner Farbe. In der Meinung, es wäre der „Blutschwamm", stach Patientin mit einer Nadel hinein, es entleerten sich jedoch aus demselben nur wenige Tropfen Blut, so dass Patientin von weiteren Versuchen

Abstand nahm, den Tumor zu beseitigen. Die Geschwulst bereitete der Patientin keine nennenswerten Beschwerden, ausser etwa denen in kosmetischer Hinsicht, ein Punkt, dem gegenüber sie sich vollkommen indifferent verhielt.

Nach dem Cessieren der Menses jedoch, etwa im 46. Lebensjahr begann der Tumor im Laufe von 17 Jahren ziemlich intensiv zu wachsen und erreichte bald die Grösse einer Wallnuss. Vor zwei Jahren fiel der Patientin eine gewisse Schmerzhaftigkeit der Geschwulst, sowohl bei Druck wie bei Berührung auf, wozu es namentlich bei der Grösse desselben in letzterer Zeit häufiger kam; auch bemerkte Patientin, dass sich die Haut in der Umgebung des Tumors entzündlich gerötet und der Tumor selbst etwas weicher geworden war. Ende 1906 wurden die Schmerzen immer heftiger, so dass Patientin ärztliche Hilfe in Anspruch nahm; man riet der Patientin, den Tumor operativ entfernen zu lassen.

Soweit war es mir möglich, anamnestische Anhaltspunkte über die Entwicklung der Neubildung zu eruieren. Interessant und bemerkenswert wäre noch, dass die Patientin angibt, es bestände bei ihrer 20 Jahre alten Tochter gleichfalls ein etwa kirschkerngrosser, derber Tumor auf dem Nasenrücken. — Unter Schleichscher Lokalanästhesie wurde nun im Februar 1907 die Geschwulst, welche sehr suspekt auf Carcinom war, samt ihrer entzündlich veränderten Basis und der nächsten Umgebung von Herrn Geheimrat v. Michel exstirpiert. Ich sah die Patientin drei Monate nach der Operation; sie erfreut sich trotz ihres vorgeschrittenen Alters einer guten Gesundheit; die lokalen Beschwerden, die ihr der Tumor verursachte, sind nach der Exstirpation desselben

vollkommen geschwunden. Es erfolgte eine reaktionslose Heilung der Operationswunde; im Bereich des Unterlides sieht man eine zarte lineare Narbe, in deren Umgebung sich nirgends eine suspekte Resistenz oder tumorartige Härte tasten lässt.

Der exstirpierte Tumor wurde zwecks seiner mikroskopischen Detailuntersuchung zunächst der üblichen Formalinhärtung unterworfen. Die Grössenverhältnisse desdelben erwiesen sich folgendermassen: der Längsdurchmesser beträgt 2,2 cm, der Längsdurchmesser der elliptischen Basis 1,8, der Quere 1,4 cm; der basale Umfang 5,9 cm; das Gesamtgewicht beträgt 3,4 g. Der Tumor hat eine nahezu kegelförmige Gestalt, die Längsachse des Kegels steht zu der Ebene des Unterlides in einem Neigungswinkel von etwa 45 Grad. Die Spitze ist leicht oval abgerundet, die Oberfläche des Tumors ist unregelmässig höckrig, es schilfern sich von derselben bei Berührung lamellöse aus verhornten Epidermisschuppen bestehende Gewebstrümmer ab. Die Farbe des Tumors ist schmutzig gelb, seine Konsistenz derb, an der Basis tastet man eine etwa pfennigstückgrosse bis auf das Unterhautzellgewebe reichende Partie von nahezu Knorpelhärte. Die Geschwulst erhebt sich ohne scharfe Abgrenzung aus dem Niveau der stark entzündlich geröteten Haut. Auf dem Längsschnitt durch den Tumor sieht man in seinen Randpartien eine deutlich konzentrische Schichtung derbfaseriger, wellig verlaufender Bindegewebsmassen, welche schon makroskopisch den fibrösen Charakter der Geschwulst erkennen lassen. In dem Zentrum desselben findet sich ein etwa bohnengrosser, von bröckligen Detritusmassen erfüllter, unregelmässig gestalteter Hohlraum; an

der Basis sowohl wie in der Umgebung der Höhle sieht man einige dunkelbraun pigmentierte Flecke, welche wohl als die Residuen einer alten Blutung aufzufassen sind.

Im Anschluss an die Beschreibung des makroskopischen Befundes gehe ich nun gleich zu der Schilderung der mikroskopischen Verhältnisse über, wobei ich der Beschreibung der fünf aus dem median halbierten und verschiedenen Gegenden des Tumors entnommenen Präparate die Bemerkung vorausschicken möchte, dass geeignet kleine Stücke desselben zunächst in Formalin und Alkohol gehärtet wurden, in Paraffin eingebettet, dann mit dem Mikrotom geschnitten und die etwa 10 bis 15 μ-starken Schnitte mit Haematoxylin-Eosin, nach der Methode van Gieson und mit Haemalaun-Eosin gefärbt wurden.

Die histologische Untersuchung ergab nun folgenden Befund: Der Tumor ist an seiner Oberfläche von der Epidermis überzogen, welche jedoch stellenweise deutliche Wachstumsanomalien aufweist. An den apikalen Partien ist dieselbe zu einem schmalen, wellig verlaufenden Bande verdünnt, es fehlt hier die Schicht der Stachel- und Riffzellen, sowie die zylindrischen Basalzellen vollkommen, statt dessen findet sich eine etwa nur ein Drittel der Epidermis ausmachende, schmale Zone, welcher die Bildung jeglicher Haarbalge und Talgdrüsen fehlt, und welche nur spärlich sich mit den Farbstoffen imbibiert hat. Stellenweise ist es sogar zur Ablösung der verhornten Epidermislamellen gekommen, welche sodann nur locker dem eigentlichen Stratum corneum der Epidermis aufliegen. Verfolgt man diese höchstwahrscheinlich durch den Gewebedruck von unten in den Zustand der Atrophie und Nekrose versetzten Epidermislamellen

weiter nach unten, so folgt jetzt eine Zone, in der wir nichts Pathologisches entdecken können, ausser, dass vielleicht die Zapfen der Haarbalge und Talgdrüsen etwas verlängert und voluminöser als der Norm entsprechend erscheinen; dieser mittleren Zone folgt nun die basale, für die Carcinomgenese unseres Tumors wichtigste Partie desselben. Weniger ausgesprochen an der oberen Fläche, als an der unteren, dort wo die dem Tumor angehörende Epidermis in die der Wange übergeht, ist es zu einer erheblichen Verdickung derselben gekommen und zwar ist es die Keimschicht, welche zahlreiche bald längere, rundliche, zylindrische, mehr walzenförmige, bald kürzere, kolbig verdickte Ausläufer gegen das unterliegende Stroma geschickt hat.

Verfolgen wir nun den Tumor von seiner Oberfläche nach seinem Zentrum zu, so folgt jetzt eine breite, bindegewebige, das zentral gelegene und sich bis zu der Spitze der Geschwulst erstreckende Carcinom mantelartig umhüllende, bindegewebige Masse, welche den Grundstock des Tumors bildet. Dieselbe besteht aus parallel gelagerten, wellig verlaufenden, bald näher, bald weiter auseinanderliegenden dichten Strängen von feinen Bündeln, die eine deutlich fibrilläre Struktur erkennen lassen. Zwischen ihnen bemerkt man die wohlausgeprägten protoplasmareichen, meist spindeligen Bindegewebszellen, die teilweise lange Fortsätze aufweisen und sich von den Fibrillen kaum unterscheiden lassen; die Kerne der Bindegewebzellen weisen eine stäbchenförmige, scharf konturierte Gestalt auf, haben sich intensiv gefärbt und liegen in der Verlaufsrichtung der feinfaserigen Zwischensubstanz. Die Geschwulst ist von verhält-

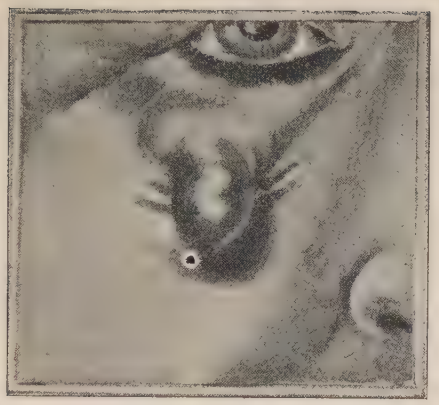
nismässig wenigen Gefässen durchzogen, in deren Umgebung es zu einer massenhaften, kleinzelligen Infiltration gekommen ist; diese kleinen in Gruppenbildungen dicht beieinanderliegenden Rundzellen heben sich deutlich durch ihren zarten, protoplasmaarmen Zelleib und ihren mehr chromatinreichen Kern sowohl von den polymorphen, protoplasmareichen Krebszellen, wie von den oben beschriebenen Bindegewebszellen ab. Von der Umgebung der Gefässe aus erstreckt sich diese starke Rundzelleninfiltration in breiten Zügen zwischen die Bindegewebsfasern, welche sie inselförmig durchsetzt, teilweise ist diese reaktive Leukozyteninfiltration namentlich in der nächsten Umgebung des Carcinoms so stark ausgesprochen, dass die Bindegewebsfibrillen von ihnen auf breite Strecken hin auseinandergedrängt, teilweise vollkommen überlagert werden. Das Zentrum des Tumors ist von einem ovalen, in der Längsachse desselben verlaufenden, unregelmässig gestalteten Hohlraum eingenommen, um welchen sich das Carcinom ringförmig gruppiert hat; diese Höhle erstreckt sich nahezu bis an die Spitze der Neubildung, wo die Carcinombildung einen besonders voluminösen Charakter angenommen hat und den Hohlraum bis auf eine schmale, spaltförmige Zone erfüllt. Die relativ grossen Zellzapfen sind von unregelmässiger Gestaltung und heben sich durch ihre intensive Färbung von der mittleren Zone deutlich ab; es sind bald dickere, bald zartere Zellstränge, welche je nach der Art der Schnittrichtung kreisrund oder mehr oval oder länglich erscheinen und vielfach anastomosierend auf diese Weise ein zusammenhängendes Kanalsystem darstellen. Neben den Carcinomzellen finden sich noch vereinzelte Leukozyten, die an ihrem kleinen,

polymorphen Kerne leicht erkennbar sind. Die polymorphen Krebszellen sind von sehr wechselnder Grösse; in ihrem protoplasmareichen Zelleibe liegt der grosse, zum Teil blasig aufgetriebene Kern; in zahlreichen Kernen sieht man ausserordentlich viele Mitosen; dieselben sind teils von typischer Form, neben welchen man jedoch auch unregelmässige, asymmetrische Mitosen (v. Hansemann) findet, als Ausdruck der Fähigkeit einer gesteigerten Proliferation entdifferenzierter Zellen. — Die Basis des Tumors wird von dem an dieser Stelle etwas lockerer gefügten Fibromgewebe gebildet, welches auch hier als Zeichen chronisch entzündlicher Reizung von reichlichen Rundzellen infiltriert ist; neben der etwas stärker ausgesprochenen Gefässbildung sieht man in den basalen Partien des Tumors noch die teils quer, teils in schräger Richtung getroffenen Muskelbündel des M. palpebralis inf., welche sich teilweise im Zustande hyaliner Degeneration befinden. An der Unterfläche des Tumors findet sich neben kleineren punktförmigen Blutungen eine solche von grösserer Ausdehnung, welche einen schönen, dunkel rubinroten Farbenton aufweist.

Was nun die Histogenese unseres Tumors anbetrifft, so lassen sich natürlich, da unsere Anschauungen über die Krebsgenese durchaus noch nicht zu einem endgültigen, allerseits anerkannten Abschluss geführt worden sind, mannigfache Hypothesen über dieselbe aufstellen. Bei jeder Geschwulstbildung gruppiert sich unser Hauptinteresse um zwei Punkte: die wissenschaftliche Frage nach der Entstehung, die praktische, ob gut oder böse, wollen beantwortet werden. Was unseren Fall anbetrifft, so bilde ich mir folgende Vorstellung: Im Verlauf von 20 Jahren ent-

stand bei der Patientin in dem Unterhautzellgewebe ein echtes Fibrom (Fibroma simplex), zunächst von der Grösse einer Erbse; nachdem dasselbe mehrere Jahre hindurch ein stationäres Wachstum gezeigt hatte, wuchs es nach dem Klimakterium der Frau zu Wallnussgrösse; nunmehr kam es sowohl einerseits infolge der Grösse des Tumors zu häufigen Zerrungen desselben, andererseits wurde derselbe durch unzweckmässige, seitens der Patientin unternommene Entfernungsversuche an seiner Basis in einen Zustand chronisch entzündlicher Reizung versetzt. Schliessen wir uns der Irritationslehre und ihrer Bedeutung für die Krebsgenese an, so genügt dieser durch chronisch-traumatische Einwirkungen bedingte Reizzustand des benignen Tumors, um eine maligne Entartung desselben herbeizuführen, die in unserem Falle mit dem Augenblick einsetzte, wo die Epidermis zapfenförmige, in das Fibromgewebe infiltrierend hineinwachsende und dasselbe zum Teil zum Schwund bringende Gebilde produzierte. Es besteht ja bei einer grossen Reihe der Krebsforschern eine ausgesprochene Neigung anzunehmen, dass Carcinome durch solche chronischen Reizzustände, die Traumen im weitesten Sinne darstellen, entstehen können, wenn man auch immerhin für eine Reihe von Krebsen diese Entstehungsmöglichkeit ausschliessen muss. Immerhin nimmt dieser Fall eine gewisse Sonderstellung in dem breiten Rahmen der Krebsliteratur ein; er ist einer jener interessanten Fälle, wo auf dem Boden einer gutartigen Geschwulst, ähnlich wie dies von alten Hauthörnern und Warzen beschrieben worden ist, sich ein maligner Tumor entwickelt. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass dieser Fall höchstwahrscheinlich einzig da-

stehend in der Literatur ist; denn echte kutane und subkutane Fibrome sind entschieden seltene benigne Geschwulstformen; an den Augenlidern sind sie nur sehr selten beschrieben und ich glaube die Zahl der hierher gehörigen Publikationen nach einer eingehenden und sorgfältigen Durchsicht der Literatur des In- und Auslandes auf ca. 9—10 berechnen zu können. Von einer Vergesellschaftung eines Fibroms mit einem Carcinom konnte ich in der ophthalmologischen Fachliteratur nirgends einen analogen Fall entdecken. Zum Schluss möchte ich mir noch einige therapeutische Bemerkungen hinsichtlich der Entfernung gutartiger Geschwülste erlauben. Man kann einer, vielleicht vom Arzt sowohl wie von dem Patienten für harmlos gehaltenen Neubildung der Haut oder der sichtbaren Schleimhäute ohne eine sorgfältige histologische Untersuchung niemals ansehen, ob dieselbe nicht bereits eine schlummernde, maligne Entartungstendenz hatte. Werden daher derartige Tumoren, sei es aus kosmetischen Rücksichten, sei es, weil dieselben vielleicht dem Patienten durch Zerrung der Kleidung an denselben Schmerzen bereiten, operativ entfernt, so exstirpiere man dieselben gründlichst samt ihrer Basis und der angrenzenden Hautpartie, wenn möglich im jugendlichen Alter des Patienten. Denn je älter der Patient und je länger der durch die gutartige Neubildung vielleicht unterhaltene chronische Reizzustand bestand, desto sicherer kann man auf ein Rezidiv und dann in der Regel auf ein malignes, örtliches Rezidiv rechnen.



Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat v. Michel, Direktor der Königlichen Universitäts-Augenklinik, für die Anregung zu dieser Arbeit und für die gütige Ueberlassung des Falles, sowie Herrn Stabsarzt Dr. Napp für die bereitwillige Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheiten, bearbeitet von Unna in Orths Lehrbuch der pathologischen Anatomie. August Hirschwald. Berlin 1884, Pag. 839.

Himberg, Grundriss der patholog. Histologie des Anger. Berlin 1906, Pag. 4.

Ribbert, Geschwutstlehre. Bonn 1904, Pag. 100—105.

— Lehrbuch der pathologischen Histologie. Bonn 1896, Pag. 32.

v. Hansemann, Was wissen wir über die Ursache der bösartigen Geschwülste. Deutsche med. Wochenschr. 1902, Heft 40.

— Studien über die Spezifität, den Altruismus und die Anaplasie der Zellen. Berlin 1893.

— Mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste. Berlin 1897.

v. Michel, Lehrbuch der Augenheilkunde. Wiesbaden 1890, Pag. 143.

— Die Krankheiten der Lider, Graefe-Sämisch, Handbuch d. gesamten Augenheilkunde. Leipzig 1874. Pag. 431.

Zehenders Klinische Monatsblätter 1863, Pag. 23.

Gallenga, Fibroma sclerosante della palpebra sup. sin. Italienischer ophthalmolog. Kongress in Neapel, 1888.

Goldzieher, Fibrom der Oberlider, Centralblatt für Augenheilkunde 1898 S. 174.

Snell, Large fibroma of the upper eylid. Ophthalmic Review Pag. 192. London.

Oliver, Ophth. Record 1899 Juni. Brief report of a case of fibroma of the eylid. Chicago.

Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde XLV Bd. II pag. 70.

A. Köhler, Cancroid d. linken Bulbus. Charité-Annalen XIII, p. 515.

O. Israel, Zur Pathologie der krankhaften Geschwülste. Deutsche med. Wochenschrift 1900 No. 28.

Purtscher, Untersuchungen über Lidkrebs, Archiv für Augenheilkunde X, 1 S. 22.

Knochenburger, Ein Fall von Cancroid d. unteren Augenlides Inaug.-Diss. Würzburg 1889.

v. Hansemann in Eulenburgs Encyclopädie: Das Fibrom. Bd. 4. Pag. 862.

Ischreyt, Klinische und anatomische Studien an Augengeschwülsten. Berlin 1906. Verlag von Karger, Pag. 1.

Thesen.

I.

Das offene Bausystem der Städte ist unter allen Umständen dem geschlossenen vorzuziehen.

II.

Die hohe Zange sollte in der ärztlichen Praxis vermieden werden.

III.

Die Lumbalanästhesie sollte nur in Ausnahmefällen zur Anwendung gelangen.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Arbeit, Carl Becker, evangelischer Konfession, Sohn des Pastors Theodor Becker, wurde am 12. Mai 1881 zu Irxleben bei Magdeburg geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf den Gymnasien zu Stendal und zu Neuhaldensleben, das er 1902 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ostern 1902 bezog er die Greifswalder Universität, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Seiner Dienstpflicht genügte er vom 1. April 1902 bis 30. September 1902 bei dem Infanterie-Regiment No. 42 in Greifswald. Am 21. Oktober 1902 wurde er an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen immatrikuliert. Am 12. Februar 1904 bestand er die ärztliche Vorprüfung, im Herbst 1907 wurde er exmatrikuliert und am 1. Oktober zum Unterarzt beim 4. Feldartillerie-Regiment ernannt und auf 1 Jahr zu dem Kgl. Charité-Krankenhause kommandiert. Am 10. XII. 08 beendete er die ärztliche Staatsprüfung und erhielt die Approbation als Arzt am

Während seiner Studienzeit besuchte der Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Beitzke, v. Bergmann †, Bernhardt, Bier, Brieger, Bumm, Engelmann, Engler, Ewald, Fischer, Fränkel, Goldscheider, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, A. Köhler, Kraus, Lesser, v. Leyden, Liebreich, von Michel, Nagel, Olshausen, Orth, Passow, Pels-Leusden, Posner, Rubner, Schulz, Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Strassmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Ziehen. Während seines Kommandos zur Kgl. Charité war Verfasser auf den Kliniken folgender Herren tätig: Geheimrat Bumm, Geheimrat Hildebrand, Geheimrat His.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigen Dank aus.